

	CORPORACIÓN CLÍNICA PRIMAVERA NIT 900.213.617-3		Fecha: 26-02-2025
			Código: PC-AR-FO01
	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA		Versión: 6
			Página 1 de 1

FECHA Y CONSECUTIVO:

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:

TIPO DE DOCUMENTO		N.º DE IDENTIFICACIÓN		RESPONSABLE DE PAGO (ERP)	
--------------------------	--	------------------------------	--	----------------------------------	--

RESPONSABLE DE LA SOLICITUD
(Marque con X)

TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA
TERCERO AUTORIZADO

NOMBRE COMPLETO DEL TERCERO AUTORIZADO: (Si aplica)

TIPO DE DOCUMENTO		N.º DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO CON EL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA	
--------------------------	--	------------------------------	--	---	--

En caso de que el tercero autorizado tenga un parentesco en el primer y segundo grado de consanguinidad o primero y segundo grado de afinidad, deberá acreditar tal condición mediante la documentación necesaria.

TIPO DE SOLICITUD (Marca con X)				
HISTORIA CLÍNICA	SI		NO	
PAQUETE SOAT	SI		NO	

FACTURA		FURIPS		SIRAS		OCURRENCIA Y/O DECLARACIÓN JURAMENTADA	
OTROS		CUAL:					
FECHAS ESPECÍFICAS:		Desde:	dd/mm/aaaa	Hasta:	dd/mm/aaaa		

ANEXA COPIA DE: (Marque con una X)

DOCUMENTO APORTADOS	TITULAR DE LA HC	TERCERO AUTORIZADO
FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANÍA		
FOTOCOPIA TARJETA DE IDENTIDAD		
COPIA AUTENTICA DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		
COPIA AUTENTICA DEL REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO (Si aplica)		
COPIA AUTENTICA DECLARACIÓN EXTRA-JUICIO DE UNIÓN MARITAL DE HECHO (Si aplica)		
COPIA AUTENTICA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN (Si aplica)		
PODER Y/O AUTORIZACIÓN DEBIDAMENTE AUTENTICADA ANTE NOTARIO PÚBLICO (cuando se trate de persona diferente al titular de la historia clínica)		
CARTA DE SOLICITUD FIRMADA POR SOLICITANTE		

Autorización para la Política de Protección de Datos Personales:

Declaro haber sido informado sobre la Política de Protección de Datos Personales de la Corporación Clínica Primavera, conforme a lo dispuesto en los artículos 3, 14 y 15 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, y en virtud del artículo 3 del Decreto 1377 de 2013. Autorizo de manera expresa a la Corporación Clínica Primavera para recolectar, almacenar, usar y tratar mis datos personales, incluidos datos sensibles, con fines relacionados con la prestación de servicios de salud y el cumplimiento de obligaciones legales e institucionales. Así mismo, manifiesto conocer mis derechos como titular de los datos personales, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, y los medios dispuestos por la entidad para ejercerlos.

¿Acepta usted la Política de Protección de Datos Personales? Marque X: SI _____ NO _____

Autorizo expresamente a la Corporación Clínica Primavera para que la información solicitada me sea entregada a través de los siguientes medios:

☐ Correo electrónico: _____

☐ CD

FIRMA DEL SOLICITANTE:

CC:

TELÉFONO:

HUELLA